

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

314

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Juillet 1894, à 1 heure

PAR

Eugène MESNIL

NÉ A DOMAGNIÉ (ILLE-ET-VILAINE), LE 1^{er} JUILLET 1867.

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des Pleurésies Hémorrhagiques
DITES PRIMITIVES
OU HÉMATOMES PLEURAUX

Président : M. DEBOVE, professeur,

Juges : MM. { CHANTEMESSE, professeur,
 { MARFAN, MARIE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, - RUE RACINE, - 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Juillet 1894, à 1 heure

PAR

Eugène MESNIL

NÉ A DOMAGNIÉ (ILLE-ET-VILAINE), LE 1^{er} JUILLET 1867.

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des Pleurésies Hémorrhagiques
DITES PRIMITIVES
OU HÉMATOMES PLEURAUX

Président : M. DEBOVE, professeur,

Juges : MM. { CHANTEMESSE, professeur,
 { MARFAN, MARIE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, - RUE RACINE, - 15

1894

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale		LABOULBENE.
		STRAUS.
		G. SEE.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Cliniques d'accouchements		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs Honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM. QUENU
ALBARRAN	DEJERINE	L ETULLE	RETTERRER
ANDRE	DELBET	MARFAN	RICARD
BALLET	FAUCONNIER	MARIE	ROGER
BAR	GAUCHER	MAYGRIER	SCHWARTZ
BRISAUD	GILBERT	MÉNÉTRIER	SÉBILEAU
BRUN	GLEY	NÉLATON	TUFFIER
CHANTEMESSE	HEIM	NETTER	VARNIER
CHARRIN	JALAGUIER	POIRIER, chef des	VILLEJEAN
CHAUFFARD	LEJARS	travaux anatomiques.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE
MON PÈRE

A MA MÈRE

INTRODUCTION

Pendant l'année que nous avons passée comme externe dans le service de M. le Docteur Hanot, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de pleurésie hémorrhagique en apparence primitive, et que l'expérimentation a révélé être de nature tuberculeuse.

Ce cas est intéressant à plus d'un titre, c'est pourquoi nous avons pensé en faire le sujet de notre thèse.

Les cas de pleurésies hémorrhagiques simples, comme les appelle M. Moutard-Martin, ou d'hématomes pleuraux, ne sont pas très communs.

Evidemment, on pourrait en réunir un plus grand nombre que ceux que nous avons rapportés, mais, si l'on réserve le nom d'hématomes aux cas de pleurésies hémorrhagiques essentielles, c'est-à-dire qui ne sont pas produits par une affection pleuro-pulmonaire infectieuse, ou par une cirrhose, ou par un mal de Bright, etc., on constate que le nombre des faits publiés dans la littérature médicale est encore assez restreint. Ainsi, sur les trente observations rangées sous le nom de pleurésies hémorrhagiques simples, publiées par M. Moutard-Mar-

tin dans sa thèse, il n'y en a guère que sept qui méritent vraiment ce nom ; les autres ne sont que des complications d'affections pulmonaires, de cirrhose, de paludisme, d'affection cardiaque, ou manifestation de tuberculose évidente.

Dans le relevé que nous avons fait des cas observés dans le service de M. le docteur Dieulafoy, de 1884 à 1888, nous n'en trouvons, sur les 57 observations publiées, que trois d'hématome pleural, que nous reproduisons.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une étude complète des pleurésies hémorrhagiques. Le titre de notre travail l'indique : *Contribution à l'étude des Pleurésies Hémorrhagiques, dites Primitives ou Hématomes Pleuraux.*

Le sujet des pleurésies hémorrhagiques en général, a fait l'objet de la thèse de M. Moutard-Martin et de nombreux travaux de M. Dieulafoy.

Nous nous bornerons à l'étude des pleurésies hémorrhagiques dites primitives.

Pourtant, comme ce n'est qu'une variété des pleurésies hémorrhagiques, nous ferons un rapide historique de la question en général, puis nous indiquerons les symptômes communs à toutes les pleurésies hémorrhagiques, réservant pour la fin de notre travail la partie essentielle : le diagnostic étiologique d'où découle le pronostic.

Mais avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous avons une dette de reconnaissance, qui nous est d'ailleurs des plus douces et des plus agréables à payer.

En arrivant à Paris, nous avons été stagiaire dans le service de M. le docteur Hanot ; plus tard nous sommes devenu son externe ; c'est sous son inspiration que nous avons fait cette thèse. Que M. Hanot, deux fois notre maître, reçoive ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

M. le docteur Moizard a été aussi un de nos premiers maîtres dans les hôpitaux de Paris, nous avons été heureux de trouver en lui un maître toujours dévoué ; nous avons souvent eu recours à ses conseils éclairés ; nous le remercions bien sincèrement de l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

M. Périer, chirurgien de l'hôpital de Lariboisière, nous a initié à la clinique chirurgicale. Nous ne saurions avoir trop de reconnaissance pour la bonté dont il a toujours fait preuve à notre égard.

Pendant la même année, nous avons eu l'avantage d'être, en même temps, l'élève de M. le docteur Picqué, qui, non content de nous prodiguer ses leçons, a encore bien voulu nous donner ses soins chirurgicaux ; nous tenons à lui exprimer notre profonde gratitude.

Sous la direction de M. le docteur Bécclère, nous avons appris ce que nous savons des maladies de la peau et de leur traitement. Que ce maître toujours si bienveillant pour nous, veuille bien recevoir l'expression de notre respectueux hommage.

Nous avons été l'interne provisoire de M. le docteur Deny, médecin de l'hospice de Bicêtre ; c'est sous sa

direction et celle de M. Chaslin, médecin adjoint, que nous avons acquis les connaissances que nous possédons de la pathologie mentale ; nous ne pourrions trop leur en savoir gré.

M. Netter a eu la complaisance de nous communiquer pour ce travail quelques résultats inédits de ses recherches bactériologiques ; nous lui en exprimons tous nos remerciements.

Ancien élève de l'école de médecine de Rennes, nous ne pouvons pas oublier, en terminant nos études, le dévouement de nos premiers maîtres : MM. Delacour, Bellamy, Aubre, Dayot père, Dayot fils, Bertheux et Perrin de la Touche.

Nous prions M. le professeur Debove de vouloir bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

DÉFINITION HISTORIQUE

Nous ne nous occuperons dans ce travail que des pleurésies Hémorrhagiques d'ordre médical, laissant de côté l'hémorrhagie de la plèvre consécutive à un traumatisme (voir thèse de Ch. Nélaton, 1880).

C'est à Laennec que nous empruntons la définition des pleurésies hémorrhagiques: « J'appelle pleurésie hémorrhagique aiguë, la réunion d'une hémorrhagie ordinaire-
« ment légère dans la plèvre, à l'inflammation de la même membrane ». (Traité d'Auscultation médiate, T. II, p. 420). Il ne s'agit donc que des épanchements pleuraux d'aspect franchement hémorrhagique, aspect dû, non seulement à la présence de la matière colorante du sang dissoute, mais à la présence des globules sanguins dont la forme, grâce à la composition du liquide, est indéfiniment conservée.

Il existe, en effet, des pleurésies dont le liquide a seulement un aspect rosé, sanguinolent. Ces pleurésies, que M. Dieulafoy appelle *histologiquement hémorrhagiques*, ne sont pas vraiment hémorrhagiques. Elles ne sont que l'exagération de ce qui existe dans tout liquide pleurétique qui contient de 200 à 300 globules rouges par millimètre cube. Si le nombre des globules

atteint 5 ou 6.000 par millimètre cube, le liquide prend un aspect rosé, mais n'est pas franchement hémorrhagique.

D'ailleurs ces pleurésies diffèrent par leur marche des pleurésies hémorrhagiques ; elles ont une grande tendance à devenir purulentes, tandis que les pleurésies hémorrhagiques vraies le deviennent très rarement.

Laennec le premier décrivit la pleurésie hémorrhagique dans l'observation si célèbre où sont décrites, en même temps, les lésions de la cirrhose atrophique. Mais l'étude de ces épanchements n'est devenue importante que depuis Trousseau qui réinventa, pour ainsi dire, la thoracentèse.

On peut même dire que cliniquement, les pleurésies hémorrhagiques datent de Trousseau, car, sans la ponction, le diagnostic en est presque impossible.

Trousseau et Barth firent ressortir la fréquence de l'hémorrhagie pleurale dans le cancer. On oublia les pleurésies hémorrhagiques dues à la tuberculose, parce qu'elles n'étaient pas réunies ; et pour certains médecins, pleurésie hémorrhagique devint synonyme de cancer.

Blumental, dans sa thèse (1868), montra la fréquence des pleurésies hémorrhagiques dans la tuberculose, et de son travail se dégage cette idée, que toute pleurésie hémorrhagique est tuberculeuse ou cancéreuse.

M. Dieulafoy (Gaz. hebdomadaire, 1874) distingua les pleurésies histologiquement hémorrhagiques et indiqua leur tendance à la purulence.

En 1878, parut la thèse de M. Moutard-Martin, qui, des

nombreuses observations accumulées par lui, concluait que la pleurésie hémorrhagique n'existait que dans la tuberculose aiguë, et que jamais on ne la rencontrerait dans la tuberculose chronique. C'était là une assertion dont il ne fut pas difficile de démontrer l'erreur. Dans ce même travail, M. Moutard-Martin faisait une large place, pour la première fois, à la pleurésie hémorrhagique « simple » qu'il déclarait même être la plus fréquente de ces sortes de pleurésies.

M. Dieulafoy, dans une série d'articles parus dans la Gazette hebdomadaire de 1885, montra la difficulté du diagnostic des pleurésies hémorrhagiques et surtout du diagnostic de leur nature.

Il divise les pleurésies hémorrhagiques en quatre grands groupes.

Le premier groupe, tout artificiel, comprend :

Les pleurésies hémorrhagiques exceptionnelles survenant dans le cours de la cirrhose hépatique, du mal de Bright, des fièvres graves, des phlegmasies pleuropulmonaires infectueuses et les hémorrhagies dans la plèvre dues à la rupture d'un anévrysme de l'aorte.

Dans le deuxième sont rangées les pleurésies tuberculeuses dont il distingue trois variétés :

1° Pleurésie hémorrhagique due à une tuberculose aiguë.

2° Pleurésie hémorrhagique survenant dans le cours d'une tuberculose chronique.

3° Pleurésie hémorrhagique résultant d'une tuberculose primitive de la plèvre.

Au troisième groupe appartiennent les pleurésies hémorragiques cancéreuses.

Le quatrième groupe est représenté par l'hématome simple de la plèvre.

« Cet hématome simple de la plèvre, dit M. Dieulafoy (1), doit être extrêmement rare, et plus j'étudie la « question, plus je crois que « l'hématome pleural » n'est « autre chose qu'une pleurésie hémorragique tuberculeuse, bénigne ou curable. »

C'est cette opinion émise par l'éminent professeur que nous nous efforcerons de justifier.

(1) Manuel de pathologie interne, tome I., p. 415.

SYMPTOMES

Les symptômes des pleurésies hémorrhagiques en général sont ceux des autres épanchements pleuraux.

« Jusqu'à présent, dit M. Moutard-Martin, (Th. 78), la clinique ne peut s'appuyer sur aucun signe pathognomonique, pour prédire la nature hémorrhagique de l'épanchement. »

Tout fait croire, en effet, à une pleurésie séro-fibrineuse matité, absence ou diminution des vibrations, égophonie. La pectoriloquie aphone, qui, avait été donnée, primitivement, comme un signe distinctif entre les épanchements séro-fibrineux et les épanchements plus denses, purulents ou hémorrhagiques, se trouve dans la plupart des observations de pleurésies hémorrhagiques. Elle était même très nette dans un cas qui a fait le sujet d'une leçon clinique de M. Jaccoud (1), ainsi que dans l'obs. X. Pourtant elle faisait défaut dans notre observation, ainsi que dans l'observation II.

Dans quelques circonstances, la pleurésie hémorrhagique peut simuler une pleurésie purulente. Le malade est affaibli, il a le teint pâle et terreux, il peut même présenter de l'œdème des membres inférieurs de la

(1) M. Jaccoud, Leçons cliniques médicales, Paris 1885.

paroi thoracique. On pratique la thoracentèse, c'est du liquide hémorrhagique qu'on retire. Mais les symptômes qui poussent à cette erreur de diagnostic sont dus le plus souvent aux lésions tuberculeuses et cancéreuses qui ont provoqué la pleurésie. Dans l'hématome pleural, ces faits sont tout à fait exceptionnels.

Il n'y a donc aucun signe certain du caractère hémorrhagique de l'épanchement. « On peut, dit M. Dieulafoy (Gaz. hebdomadaire, 1885), en soupçonner l'existence, on peut faire ses réserves sur les qualités d'un épanchement qui s'annonce avec des caractères un peu insolites, mais on ne peut affirmer la nature hémorrhagique de cet épanchement. »

La ponction seule assure le diagnostic de l'hémorrhagie. « Si au lieu de la sérosité claire et limpide qu'on attendait, « on retire un liquide sanguinolent, on éprouve en « général un mouvement de surprise et d'inquiétude. » (Troquart, Soc. de méd. et chirurgie de Bordeaux, 1887, p. 423).

Il est cependant des cas où l'on peut soupçonner le caractère hémorrhagique de l'épanchement, c'est lorsque le pleurétique est manifestement cancéreux. Et encore la pleurésie séro-fibrineuse est aussi fréquente que la pleurésie hémorrhagique dans le cancer.

DIAGNOSTIC

Une fois le caractère hémorrhagique de l'épanchement reconnu par la ponction, peut-on au moins dire, d'après l'ensemble des symptômes que présente le malade et d'après les caractères du liquide, qu'elle est la cause de cet épanchement.

Ce diagnostic a une importance capitale.

Les épanchements de la plèvre consécutifs à des lésions tuberculeuses ou cancéreuses, n'ont que la valeur d'un symptôme ; ils ne sont qu'un épiphénomène, tandis que les hématomes réunissent en eux toute la maladie et prennent toute l'importance d'une entité morbide.

On commencera par s'assurer que le malade n'est ni cirrhotique, ni atteint de néphrite intertistielle, ni porteur d'un anévrysme de l'aorte. Ces diagnostics sont généralement faciles à faire. Il en est de même des fièvres éruptives à forme hémorrhagique, où il y aura, en même temps, probablement d'autres hémorrhagies que dans la plèvre.

Dans les phlegmasies pleuro-pulmonaires, de nature infectieuses (pleuro - pneumonie grippale, typhoïde), le liquide est rarement hémorrhagique, ce qui, du reste, n'a qu'une importance secondaire. Le diagnostic se fera par l'ensemble des symptômes, qui, accompagnent ces affections.

La pleurésie hémorrhagique que nous avons observée a évolué sans fièvre. Ne pouvait-on pas songer au cancer pleuro-pulmonaire ?

L'âge peu avancé du malade ne devait pas seul nous faire rejeter cette hypothèse. Le cancer du poumon a été observé, même au-dessous de 20 ans.

La conservation du bon état général ne devait pas non plus faire rejeter ce diagnostic au début de la maladie. M. Troquart, de Bordeaux (1) a rapporté une observation dans laquelle, l'état général était resté bon pendant assez longtemps. Ce ne fut que la découverte d'un cancer du sein, ignoré de la malade, qui permit de faire, dès le début, le diagnostic de pleurésie cancéreuse.

La présence de ganglions indurés dans les espaces sus-claviculaires ou dans l'aisselle, l'expectoration gelée de groseille, la dilatation souvent unilatérale des veines jugulaires, sous-clavière, l'œdème des membres supérieurs, du cou, de la face, sont des arguments puissants en faveur de la carcinose pulmonaire.

L'existence de symptômes d'une lésion cancéreuses de quelque autre organe et surtout de l'estomac, lèverait évidemment les doutes. Le cancer pleuro-pulmonaire est, en effet, le plus souvent secondaire.

Mais, il y a des pleurésies hémorrhagiques cancéreuses qui dominent tellement la scène, pendant quelque temps, qu'on ne peut rien découvrir derrière elles.

En l'absence des signes précédents, M. Dieulafoy att-

■(1) Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux, 1887, p. 243.

che une grande importance aux caractères de la douleur, de la dyspnée, à la déviation du cœur.

La *douleur* est vive, persistante, ne ressemblant pas au point de côté de la pleurésie ordinaire, avec des irradiations très aiguës dans une épaule, ou les deux épaules, dans le cou, dans le bras.

Cette douleur, due à une névralgie du plexus brachial, était le symptôme dominant dans une observation de Behier.

La *dyspnée* est continue, paroxystique à peine soulagée par la thoracentèse. Elle n'existe au même degré, ni dans la pleurésie hémorrhagique tuberculeuse, ni dans l'hématome simple.

La déviation considérable et permanente du cœur et la transmission des battements du cœur dans toute la poitrine sont des signes de cancer pleuro-pulmonaire gauche.

M. Moutard-Martin (Th. p. 54) a signalé l'accélération du pouls sans fièvre, probablement par action du cancer pleuro-pulmonaire sur le nerf pneumo-gastrique.

M. Mathieu (1) indique, comme bon signe de cancer, la présence sur le thorax d'une traînée de veines dilatées, indice d'une gêne dans la circulation de la veine cave supérieure.

Notre malade ne présentait aucun de ces signes. Le liquide retiré, quoique assez abondant (2 lit. 1/2) ne se reproduisit pas, comme cela a lieu dans le cancer, et l'état général se maintint bon.

(1) *Gaz. des Hop.* 1891.

Avions-nous donc affaire à une pleurésie tuberculeuse?

Rien ne permettait d'admettre une tuberculose aiguë. Les symptômes généraux, si accentués dans ce cas, faisaient ici défaut; il n'y avait ni fièvre intense, ni aucun signe d'affection pulmonaire sous-jacente: congestion, granulie ou broncho-pneumonie, qui sont les lésions prédominantes.

Dans certains cas de pleurésies tuberculeuses, l'épanchement paraît être presque toute la maladie; le malade est soulagé par la ponction, mais le liquide se reproduit rapidement, la fièvre reste élevée, les symptômes généraux s'accroissent, l'amaigrissement fait des progrès et la mort arrive presque toujours rapidement.

Il n'y avait non plus aucune raison pour penser à une tuberculose chronique. Tout plaidait au contraire contre elle, l'absence de fièvre et de toute expectoration, l'absence de lésion tuberculeuse, des poumons ou des autres organes qui peuvent être soupçonnés de lésions tuberculeuses: testicules, os, ganglions. Le malade n'avait non plus aucun antécédent héréditaire ou personnel de tuberculose et son état général était bon.

Il ne restait que l'hématome pleural ou une de ces formes de pleurésies qui est la manifestation d'une tuberculose primitive de la plèvre qui envahira plus tard le poumon.

HEMATOME PLEURAL

On doit entendre sous ce nom les pleurésies hémorragiques non tuberculeuses, non cancéreuses et dont le processus anatomique est en quelques points comparable à la vaginalite chronique et à la pachyméningite; c'est une pachypleurite hémorragique.

M. Moutard-Martin en reconnaît deux variétés, une fibreuse et une néomembraneuse.

Dans la forme fibreuse, l'hémorrhagie tient à l'intensité de l'inflammation qui a provoqué à la fois et l'exsudation d'une couche fibrineuse et l'épanchement des globules dans l'intérieur de la plèvre.

Mais M. Moutard-Martin n'a pu en relever un seul cas probant. Il l'a admise d'après un passage de Wagner qui aurait eu la confirmation anathomo-pathologique de son existence (1).

La forme néomembraneuse succède à une inflammation. Un tissu embryonnaire, des vaisseaux embryonnaires se développent. Les parois de ces vaisseaux sont vitreuses. Sous l'influence d'une poussée inflammatoire ou congestive, les vaisseaux de la néomembrane se rompent et le sang s'épanche dans la plèvre (2).

(1) Société médicale des hôpitaux 1888, p. 412.

(2) Kelschs et Vaillard, archives de phylologie année 1886, p. 182.

Le début de l'hématome simple est des plus variables ; tantôt il est brusque comme une pleurésie à frigore, ou bien il peut faire craindre une pleurésie tuberculeuse ou cancéreuse, tantôt enfin, il est insidieux comme dans l'observation I, où le point de côté et la dyspnée n'apparurent que huit jours après le coup de froid ; pendant ces huit jours le malade n'avait éprouvé que du malaise et de la courbature.

Le soulagement consécutif à la thoracentèse est très notable et immédiat. Le liquide a peu de tendance à se reproduire ; il cède à une seule ponction, deux ou trois au plus ; il est, la première fois, généralement abondant, deux à trois litres, et franchement sanglant.

Ce qui caractérise surtout l'hématome simple, c'est la conservation du bon état général, la disparition rapide du liquide et l'absence de signes de tuberculo-pulmonaires manifestes.

Quelle différence y a-t-il entre cet hématome et les pleurésies dues à une tuberculose pleurale primitive ?

Dans les pleurésies hémorragiques tuberculeuses, on pourrait retrouver le schème n° 2 de M. Grancher :

Son +

Vibrations +

Respiration — faible, faible et rude, rude
qui signifie congestion pulmonaire.

Mais l'absence de ce signe ne permettra pas de dire que la pleurésie n'est pas tuberculeuse. Cela permettra de dire tout au plus qu'elle n'est pas secondairement tuberculeuse, puisque le poumon sous-jacent paraît sain ; d'ailleurs

l'examen minutieux de l'autre poumon apporterait un appoint nouveau au diagnostic.

La seule différence qui existe, c'est que les pleurésies hémorrhagiques tuberculeuses sont suivies, le plus souvent, à plus ou moins brève échéance de la tuberculisation du poumon.

Mais que sait-on des suites des pleurésies hémorrhagiques primitives qualifiées hématomes pleuraux ?

A-t-on revu les malades ?

Le plus souvent l'histoire de l'individu cesse avec celle de la maladie. Elle est en général fort courte.

D'un autre côté, toutes les pleurésies hémorrhagiques tuberculeuses primitives ne sont pas fatalement suivies à brève échéance de tuberculose pulmonaire.

Elles peuvent l'être néanmoins au bout d'un temps plus ou moins long.

On sait, en effet, que la tuberculose est une de ces maladies où, comme on l'a dit, il y a de « longues trêves ».

— L'examen du liquide peut nous donner des renseignements précieux, mais non certains, pour le diagnostic de la nature tuberculeuse ou non d'une pleurésie hémorrhagique.

Nous laissons de côté les pleurésies du premier groupe (Dieulafoy).

Dans le cancer, dit M. Dieulafoy, le liquide est brunâtre, noirâtre ; le sang entre pour 1/8, 1/10 dans la composition du liquide. — Ce liquide est très peu fibrineux, contrairement au liquide hémorrhagique des pleurésies tuberculeuses qui contient habituellement une plus notable proportion de fibrine.

L'examen histologique permet d'ailleurs de constater quelquefois la présence, dans ce liquide, de cellules cancéreuses. (Fraenkel, Quincke.)

Dans l'hématome simple, le liquide est plutôt rougeâtre que brunâtre, il est fibrineux. Il ne diffère du liquide des pleurésies hémorrhagiques qui accompagnent les tubercules aiguës ou chroniques du poumon que parce que ce dernier se reproduit plus facilement.

L'examen bactériologique nous donnera des renseignements plus précieux, mais malheureusement les résultats ne sont pas invariables.

« On ne tirera, dit M. Netter, aucun parti de la recherche du bacille de Koch par l'examen microscopique. »

« Ce que nous avons dit de l'examen microscopique, s'applique encore aux cultures. »

« L'inoculation au cobaye est plus satisfaisante » (1).

Ce que M. Netter dit des pleurésies séro-fibrineuses s'applique également aux pleurésies hémorrhagiques.

L'inoculation n'a été faite que dans un nombre restreint de cas. Nous devons à l'obligeance de M. Netter la communication d'un certain nombre d'inoculations qu'il a pratiquées.

(1) Recherches expérimentales sur la nature des pleurésies séro-fibrineuses, Société médicale des hôpitaux 1891, p. 177.

DATES	RÉSULTATS	INOCULATIONS
I.	<i>Quatre pleurésies hémorrhagiques manifestement non tuberculeuses.</i>	
19 juillet 1889	Pleurésie hémorrhagique après pneumonie.	Néant.
7 mars 1891	Pleurésie après kyste hydatique du foie opéré par la plèvre.	Néant.
2 août 1893	Pleurésie après kyste de l'ovaire opéré.	Néant.
24 janv. 1894	Pleurésie après cancer de la colonne vertébrale.	Néant.
II.	<i>Pleurésies chroniques - hémorrhagiques presque certainement tuberculeuses.</i>	
21 avril 1890	Pleurésie chronique d'abord séreuse.	Néant.
24 nov. 1892	Pleurésie à répétition d'abord séreuse.	Néant.
III.	<i>Quatre pleurésies hémorrhagiques en apparence primitives.</i>	
25 janv. 1890	Pleurésie primitive.	Cobaye tuberculeux.
4 juin 1890	Pleurésie primitive.	Néant.
16 avril 1892	Pleurésie primitive.	Cobaye tuberculeux.
14 mai 1892	Pleurésie primitive.	Néant.

4 cobayes sains.

2 cobayes sains.

2 cobayes sains.
2 cobayes tuberculeux.

Notre observation apporte un nouveau cas d'inoculation positive.

Cette observation est un cas typique d'hématome pleural simple.

Nous avons fait l'inoculation du liquide à un cobaye et l'animal est mort au bout d'un mois d'une tuberculose généralisée à tous les organes.

En somme, sur un nombre de onze inoculations, le résultat n'a été positif que trois fois.

Sur ces onze inoculations, il était à prévoir que quatre fois le résultat serait négatif. (4 pleurésies manifestement non tuberculeuses. Voir tableau).

C'est d'ailleurs ce qu'a justifié l'expérimentation.

Sur les sept autres cas, dont deux presque certainement tuberculeux, l'inoculation n'a donné que deux résultats positifs.

Il est à remarquer que les deux pleurésies presque certainement tuberculeuses ont donné deux résultats négatifs.

« En effet, dit M. Netter, (communication orale), dans les pleurésies manifestement tuberculeuses, l'injection du liquide pleural au cobaye, sauf les cas où il y a pneumothorax, est souvent négative. Ceci a surtout lieu dans les pleurésies consécutives à une péritonite tuberculeuse. »

M. Netter explique ce fait en disant que l'inflammation s'est propagée par les lymphatiques sans que les bacilles aient pénétré dans la cavité pleurale.

« C'est dans les pleurésies en apparence primitives, au contraire, que l'inoculation donne le plus de résultats positifs. »

Il ne faudra donc pas compter d'une façon absolue sur cette preuve de la nature tuberculeuse d'une pleurésie hémorrhagique.

On peut dire, cependant, que, de même que l'absence de bacilles, constatée dans les crachats d'un tuberculeux, ne saurait infirmer le diagnostic de tuberculose pulmonaire pour lequel plaident tous les autres signes, de même, il ne faudrait pas se prévaloir du résultat négatif d'une inoculation d'un liquide pleurétique hémorrhagique pour considérer comme non tuberculeuse une pleurésie hémorrhagique.

C'est d'ailleurs l'opinion de M. le professeur Dieulafoy, et il en donne un exemple frappant : le liquide d'une pleurésie hémorrhagique tari par une seule ponction et inoculé à des cobayes ne détermina chez eux aucune lésion tuberculeuse ; le malade, qui n'avait jamais eu le moindre signe de tuberculose pulmonaire, quitta l'hôpital avec toutes les apparences de la santé. Un an plus tard, cet homme revenait avec des signes de tuberculose pulmonaire manifeste.

Il faut songer pourtant au cas exceptionnel où la pleurésie hémorrhagique primitive est fonction d'un autre micro-organisme que le bacille de Koch. M. Kelsch et MM. Charrin et Roger ont rapporté, en effet, deux cas où une pareille pleurésie paraissait être due au bacille d'Eberth ; du moins ont-ils trouvé ce bacille dans l'épanchement et ont-ils obtenus par inoculation aux cobayes deux résultats positifs ; d'autre part, de Renzi a rapporté, dans la *Riforma Médica* (30 juillet 1892. T. 3 P. 266) un cas de pleurésie hémorrhagique chez un

syphilitique et pour laquelle il n'invoque pas d'autres causes que la syphilis elle-même.

On comprend que de pareilles observations soient rares, qu'elles soient accueillies avec réserve et que nous n'insistions pas sur le diagnostic différentiel de ces pleurésies hémorrhagiques avec l'hématome pleural simple ou les pleurésies hémorrhagiques tuberculeuses.

Ce qui donne plus de force à l'opinion, d'ailleurs suffisamment justifiée, que l'hématome pleural simple est symptomatique de tuberculose, c'est l'observation faite par M. Hanot de quatre cas de pleurésie hémorrhagique chez les prisonniers et un cas que nous rapportons. (Obs. V.)

On sait, en effet, que les prisonniers sont très fréquemment, en raison des conditions defectueuses de leur hygiène, exposés à contracter la tuberculose.

PRONOSTIC

« Ce que je me propose, dit M. Moutard-Martin au commencement de sa thèse, c'est de montrer qu'il ne faut pas désespérer d'un malade à cause de la nature hémorrhagique d'un liquide pleural ».

Nous pourrions dire à notre tour qu'il ne faut pas porter un pronostic sombre dans le cas d'hématome pleural parce que celui-ci est de nature tuberculeuse.

« La clinique a en effet toujours distingué, dit M. Lereboullet (1) et doit persister à séparer les pleurésies tuberculeuses vraies des pleurésies histologiquement tuberculeuses, qui guérissent après une seule ponction, sans que le sujet qui en ait été atteint devienne jamais un phtysique. »

C'est aussi l'opinion de M. Catrin (du Val-de-Grâce) :
« Je ne veux retenir qu'un fait, c'est la curabilité possible, parfois (2) même assez aisée, de la tuberculose pleurale en particulier. »

« Quand on parle du pronostic de la tuberculose, dit

(1) Du pronostic de la pleurésie hémorrhagique, Lereboullet Société médicale des hôpitaux 1888.

(2) Société des hôpitaux, séance du 10 novembre 1893.

M. le professeur Debove (1), on vise généralement celui de la tuberculose pulmonaire. C'est une erreur considérable de penser que le pronostic des autres tuberculoses, celle des séreuses notamment, soit aussi sévère que celui de la tuberculose pulmonaire. »

Pourtant il ne faudrait pas garder une réserve trop craintive et ne pas chercher à s'assurer de la nature d'une pleurésie hémorrhagique, sous prétexte que, comme le dit M. Moreau (2), « si par hasard le malade était tuberculeux, la découverte des bacilles ne ferait que lui ôter courage et espoir à lui et à son médecin. »

N'est-ce donc rien de savoir qu'un malade est en puissance de tuberculose et que l'avenir est une menace perpétuelle pour lui et son entourage ?

(1) Société des hôpitaux, séance du 10 novembre 1893.

(2) Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux 1892, p. 296.

TRAITEMENT

Contre une pleurésie hémorrhagique simple, le seul traitement rationnel est la ponction aspiratrice du liquide.

Elle est d'autant plus indiquée ici, que l'épanchement est souvent abondant et la cause d'une dyspnée quelquefois assez intense.

La thoracentèse soulage presque toujours immédiatement le malade. Elle le guérit même dans quelques cas en une seule fois.

Elle doit être faite avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses. L'évacuation du liquide doit être faite lentement avec l'aiguille n° 2. L'aspiration a été en effet quelquefois suivie de douleurs, de tiraillements dans la poitrine. Aussi sera-t-il bon de n'évacuer qu'un litre par séance.

La thoracentèse devra être pratiquée jusqu'à épuisement du liquide.

Le malade, une fois guéri de sa pleurésie, devra être prévenu avec ménagement qu'il est menacé, dans l'avenir, de tuberculose pulmonaire, qu'il faut qu'il évite tout excès et qu'il observe une hygiène sévère.

Il faut, en un mot, lui conseiller le traitement prophylactique de la tuberculose.

OBSERVATION I

Pleurésie gauche hémorrhagique chez un homme d'apparence robuste. — Démonstration de la nature tuberculeuse par inoculation du liquide pleurétique au cobaye.

(Communiquée à la Société des hôpitaux le 10 novembre 1893)

Job... (François), âgé de trente-deux ans, pelletier, entré dans le service de M. Hanot, à l'hôpital Saint-Antoine, le 14 mars 1893.

C'est un homme grand, robuste, de forte musculature et présentant les apparences d'une santé florissante.

Son père est mort, à soixante-trois ans, d'un cancer de l'estomac. Sa mère, actuellement âgée de cinquante-cinq ans, est une femme chétive, nerveuse, sujette à de fréquents maux.

Quatre frères ou sœurs sont très bien portants. Lui-même n'a présenté dans l'enfance aucune manifestation strumeuse. Il n'a eu ni gourme, ni adénites, ni mal aux yeux. Il était très vigoureux.

Il y a neuf ans, il a eu au régiment une fluxion de poitrine (?) pour laquelle il a passé un mois à l'hôpital. Il s'est d'ailleurs très bien rétabli et depuis lors n'a jamais été malade et n'a jamais toussé.

Il est employé dans une pelleterie, mais il est comptable et peu exposé aux poussières des magasins.

Il y a cinq semaines, après un travail forcé, il a pris froid en rentrant chez lui, et, pendant les huit jours suivants, il est resté fatigué et courbaturé. Les masses musculaires du dos et des membres étaient douloureuses à la pression.

Au bout de ces huit jours, en se réveillant un matin, il constata qu'il respirait à peine ; tout effort inspiratoire produi-

sait une douleur vive dans le dos. Bientôt apparut un point de côté à gauche d'abord, puis à droite. En même temps survinrent des frissons répétés avec sensation de froid assez intense.

Il prit deux bains de vapeur qui soulagèrent sa pleurodynie ; mais la gêne respiratoire persista sans changement. Elle n'a fait qu'augmenter depuis lors.

L'examen à l'entrée (14 mars 1893) permet de constater la constitution robuste de cet homme ; le système pileux est peu développé ; les cheveux et la moustache sont très bruns.

Les ongles sont de conformation normale. Il n'existe aucune cicatrice sur le corps. Pas de fistule anale.

Le malade est venu à l'hôpital à pied, marchant très bien ; l'état général est bon et, au premier abord, on se croirait en présence d'un homme absolument sain.

Cependant, la langue est légèrement blanche, l'appétit est diminué et le malade a un peu maigri, dit-il, depuis le début de sa maladie. Il est fatigué par une toux sèche et douloureuse et respire difficilement (32 respirations par minute). Aucune expectoration.

L'examen de la poitrine montre une ampliation, très nette à l'œil nu, de l'hémithorax gauche.

A l'exploration sthétoscopique on note : En avant et à gauche, sous la clavicule, une sonorité plus élevée, une diminution des vibrations, une inspiration et une expiration absolument normales, c'est-à-dire :

P = +

V = —

R = +

ce qui traduit un état du poumon sous-jacent très voisin de la normale.

Au-dessous du mamelon, matité, absence de vibrations, absence de murmure vésiculaire.

A droite, la percussion, la palpation et l'auscultation n'offrent rien de spécial.

En arrière et à gauche, dans la fosse sus-épineuse, la sonorité est plus élevée, les vibrations, l'inspiration et l'expiration sont normales. Dans la fosse sous-épineuse, la sonorité s'obscurcit légèrement.

Au-dessous de la pointe de l'omoplate, matité absolue, absence de vibrations, absence de murmure respiratoire.

Souffle doux, lointain, voilé, égophonie. Pas de pectoriloquie aphone.

Dans l'aisselle gauche, matité et abolition du murmure respiratoire.

L'épanchement tourne. L'espace de Traube n'est plus sonore. Le cœur bat vers le 3^e espace intercostal, à cinq centimètres en dedans du mamelon; il est donc notablement refoulé à droite et en haut.

A droite, percussion normale, respiration exagérée.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Les urines, dont la quantité journalière varie de 1 litre à 1 litre 1/2, ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni urobiline.

La fièvre est nulle. La température, le soir de l'entrée, est à 37° 5, et à 36° 8 le lendemain matin.

16 mars. — Même état. T. : 37° 6 le matin, 37° 2 le soir.

17 mars. — La dyspnée augmente. La respiration monte à 40.

On fait une ponction qui donne 2 litres 1/2 d'un liquide franchement hémorrhagique. Le malade supporte très bien l'opération qui se passe sans le moindre incident. L'antisepsie a été rigoureuse.

T. : 37° 2 le matin, 37° 5 le soir.

18 mars. — Le nombre des respirations est tombé à 30 par minute.

L'examen de la poitrine montre une diminution considérable de l'étendue de la matité, et le murmure respiratoire et les vibrations sont perçus jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate.

T. : 36° 8 le matin et 37° 8 le soir.

19 mars. — T. : 36° 8 le matin, 36° 4 le soir.

20 mars. — L'état général est excellent, la dyspnée diminue.

On compte 28 respirations par minute.

T. : 37° 4 matin et soir.

22 mars. — R. : 22. T. : 37° 4 et 37° 2. Peu de modifications dans les signes sthétoscopiques.

25 mars. — R. : 20. T. : 37° 8 et 37° 4. La hauteur de la matité, en arrière, a encore diminué de deux travers de doigt.

30 mars. — R. : 18. T. : 37° 4 et 37° 2. On n'a plus, vers la base du poumon gauche, qu'une zone étroite de submatité. On entend le murmure vésiculaire, quoique faible encore, et on perçoit les vibrations thoraciques, également diminuées, jusqu'à la base du thorax.

Le malade reprend de l'embonpoint. L'appétit est excellent.

5 avril. — Depuis six jours, le malade descend dans le jardin. Son état est très satisfaisant et il demande à sortir.

Il reste simplement, dans la moitié inférieure de l'hémithorax gauche, un peu d'obscurité du son et une légère diminu-

tion dans l'intensité du murmure respiratoire et des vibrations thoraciques.

Les sommets, soigneusement examinés, ne présentent aucune anomalie.

6 avril. — Le malade quitte l'hôpital guéri.

Job., est venu nous revoir le 3 novembre. Depuis sa sortie de l'hôpital il a augmenté de 5 kilogrammes et n'a pas interrompu son travail. Il accuse une petite toux sèche. L'examen de la poitrine reste négatif.

Le 17 mars, jour de la ponction, deux centimètres cubes du liquide hémorrhagique retiré de la plèvre, ont été injectés en nature dans le péritoine d'un cobaye. Une petite partie du liquide, le commencement de l'injection a été poussé dans le tissu cellulaire sous-cutané abdominal.

Quinze jours plus tard environ, on constate au point d'inoculation une nodosité sous-cutanée adhérente à la peau, du volume d'un gros pois. Cette nodosité est allée en augmentant de volume, mais est toujours restée dure.

Le 19 avril, un mois après l'inoculation, le cobaye est mort. A l'autopsie on constate la tuberculisation de tous les organes. La nodosité sous-cutanée n'est autre chose qu'un tubercule grisâtre, sans tendance au ramollissement.

Le malade est revenu au mois de mai 1894 revoir notre maître, M. Hanot ; son bon état général ne s'était pas démenti et les poumons restaient intacts treize mois après sa pleurésie.

OBSERVATION II

Pleurésie hémorrhagique. Une ponction. Guérison.

(M. Lereboullet. *Soc. médicale des hôpitaux*, 1888, p. 522)

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans atteint depuis le 14 février 1888 d'une affection thoracique des plus graves,

caractérisée dès son début par un mouvement fébrile très intense (plus de 39° le matin et 40° le soir), par une oppression vive, avec toux sèche, sans point de côté initial ni douleur thoracique appréciable.

Le 30 mars, ce jeune homme se trouvait dans l'état suivant : adynamie extrême; pâleur des téguments; amaigrissement prononcé; fièvre à type rémittent (40° et quelques dixièmes, le soir et 38° 5 ou 39° le matin); dyspnée considérable; toux sèche fréquente, avec expectoration légèrement sanguinolente; inappétence absolue.

A l'examen physique on constatait à droite : en avant, depuis la région hépatique jusqu'au niveau de la troisième côte, une matité absolue, et depuis la troisième côte jusqu'à la clavicule un bruit skodique manifeste; en arrière, dans toute l'étendue du thorax, depuis la région sus-épineuse jusqu'à la base, une matité fémorale, avec diminution des vibrations thoraciques, et dans toute cette région un souffle amphorique ayant son maximum d'intensité au niveau de l'angle de l'omoplate et s'entendant à peine dans la région axillaire.

A la région antérieure du thorax, comme à la base du poumon, le silence respiratoire était absolu. Il n'existait ni égo-phonie, ni pectoriloquie, ni râles d'aucune espèce. Le cœur n'était pas dévié; le foie n'était point abaissé.

L'intensité du mouvement fébrile et sa persistance, la durée de la maladie, et surtout l'état d'adynamie profonde du malade, pouvaient faire croire à une tuberculose miliaire ou à une pleurésie purulente. Le peu de mobilité de l'épanchement, l'absence de râles au sonnet du poumon droit et l'intégrité absolue du poumon gauche et des autres organes déterminè-

rent M. Lereboullet à faire la thoracentèse pour éclairer le diagnostic et soulager le malade.

Cette opération fut faite le 31 mars avec le trocart n° 2 de l'appareil Potain, dans le sixième espace intercostal, en avant de la ligne axillaire. La ponction donna issue à 950 grammes d'un liquide d'abord rosé, bientôt franchement sanguinolent, qui se prit rapidement en une masse gélatineuse. Le trocart fut retiré dès qu'apparurent les premières quintes de toux.

La fièvre céda rapidement et, à part des vomissements, un état d'agitation et d'anxiété pendant la nuit suivante, accidents imputables à l'irritation provoquée par la thoracentèse dans une plèvre facilement susceptible, et à l'extrême émotivité du sujet, l'état du malade s'améliora rapidement.

Le 7 avril, la fièvre était tombée, l'épanchement avait presque disparu. L'état général ne tarda pas à s'améliorer d'une façon définitive.

Le 30 avril, le malade quittait la maison de santé où il était en traitement.

Examiné depuis par divers médecins, ce jeune homme a été trouvé en parfait état. Le 1^{er} octobre 1888, il était admis à s'engager dans un régiment d'infanterie.

OBSERVATION III

Pleurésie hémorragique. Une ponction. Guérison.

(M. Lereboullet. *Soc. des hôpitaux*, 1888, p. 523)

Cette observation concerne un jeune homme de vingt-sept ans, sans antécédents héréditaires, sans maladie antérieure grave, mais très névropathique et surmené depuis plusieurs semaines par des travaux intellectuels excessifs.

M. A... avait été atteint, à la suite de plusieurs refroidissements, d'accès de fièvre irréguliers avec toux sèche, quinteuse, fréquente, oppression à l'occasion du moindre effort, douleur vague dans toute la région thoracique droite.

Le 8 mars 1887, M. Lereboullet constatait l'existence d'un épanchement pleurétique à droite caractérisé par les symptômes ordinaires, avec abaissement du foie.

L'épanchement paraît peu abondant et bridé par de nombreuses fausses membranes. De plus l'exploration la plus minutieuse du sommet ne fait percevoir, à aucun moment, aucun signe pouvant faire soupçonner l'existence d'une infiltration tuberculeuse. A gauche, à diverses reprises, des bouffées congestives avec submatité, diminution du murmure vésiculaire et râles sous-crépitaux fins auraient pu faire penser à l'imminence d'une poussée de tuberculose aiguë si, au contraire, ces congestions pulmonaires, si peu profondes et si mobiles, observées du côté opposé à la pleurésie, ne se remarquaient fréquemment chez des sujets indemnes de toute prédisposition tuberculeuse.

L'état du malade empira malgré le traitement institué : la température se maintenait entre 38° le matin et 39° le soir, elle monta même à 40°5. L'inappétence était absolue, l'agitation et la faiblesse extrêmes.

Le 21 mars, après une série de quintes de toux plus énergiques que de coutume, le malade éprouva une douleur très vive au niveau du mamelon et fut pris d'une dyspnée et d'une anxiété extrêmes. Le médecin rappelé constata que l'épanchement, qui le matin n'occupait que le tiers environ de la plèvre droite, la remplissait, le soir, en totalité.

La ponction faite immédiatement dans le sixième espace

donna issue à 1 litre environ de liquide trouble, louche, très fortement coloré par le sang, laissant déposer rapidement au fond de la bouteille où il était recueilli une couche assez épaisse de pus, formant au bout d'une demi-heure un caillot rougeâtre assez cohérent. On retira 1100 grammes environ de liquide sanguinolent.

La nuit fut très bonne. Mais malgré que l'épanchement ne se fût pas reproduit, la température, qui était abaissée le lendemain de la ponction, remontait deux jours plus tard à 40 degrés. Une phlébite profonde apparaissait à la jambe gauche.

M. Dieulafoy, appelé en consultation, constata l'existence d'un épanchement peu abondant, mais qui paraissait en voie de reproduction, et affirma l'existence d'une tuberculose pleurale. Il se basait sur l'intensité et la persistance de la fièvre, qui rappelait la fièvre hectique, sur la nature du liquide louche, fortement sanguinolent et déjà même purulent; enfin sur la persistance et même la reproduction du liquide après la thoracentèse.

Cependant le liquide ne se reproduisit pas, les accidents constatés s'atténuèrent progressivement et finirent par céder. La fièvre tomba dès le 20 avril; l'épanchement diminua et disparut peu à peu. Les forces et l'appétit revinrent et le 23 avril le malade entra en convalescence.

Revu à plusieurs reprises, depuis vingt mois. M. A... reste guéri, du moins en apparence, et sa santé est excellente.

OBSERVATION IV

Pleurésie hémorrhagique primitive, terminée par la guérison.

(M. Troisier. *Société médicale des Hôpitaux*, 1888, p. 409)

Un jeune homme, actuellement (octobre 1888) âgé de vingt-quatre ans, est entré dans le service de M. Troisier, à l'hôpital Saint-Antoine, le 29 mai 1886, pour une pleurésie droite. Un mois auparavant, il avait été pris, en courant, d'un violent point de côté.

Il vint à la consultation de l'hôpital, où on lui appliqua des ventouses sèches ; ne pouvant plus continuer à travailler et se sentant de plus en plus faible, il vint demander son admission.

Le jour de son entrée, l'épanchement pleural n'était pas très abondant. La matité ne dépassait pas l'angle inférieur de l'omoplate ; cependant la base du thorax de ce côté était déjà un peu dilatée. La toux était quinteuse, pénible, sans expectoration ; il y avait une grande difficulté de la respiration et une violente douleur thoracique ; la fièvre était élevée (T. R. 39° 5), la prostration considérable ; des sueurs abondantes et générales se produisaient à chaque instant ; l'inappétence était complète, l'urine très albumineuse.

Pendant trois ou quatre jours, on ne constata point de changement dans cet état. La fièvre était toujours très violente, la température oscillait entre 40° et 40° 3 ; la dyspnée était de plus en plus forte, et cependant l'épanchement ne paraissait pas augmenter beaucoup. Mais bientôt j'eus la certitude que la cavité pleurale allait être envahie dans toute son étendue ; le 2 juin, la matité remontait jusqu'à l'épine de l'omoplate au-dessous de laquelle on entendait de

l'égophonie et un souffle doux et lointain, tandis qu'au-dessus, dans la fosse sus-épineuse et en avant, existaient des frottements pleuraux très caractérisés.

Le 6, l'épanchement paraissait être à son comble, sans être très abondant peut être ; car la dilatation thoracique n'était pas très prononcée. Une matité absolue existait au-dessus de l'épine de l'omoplate et en avant jusque sous la clavicule ; on entendait dans ces régions un souffle à timbre caverneux ; dans la moitié inférieure du poumon, absence complète du bruit respiratoire. L'oppression était de plus en plus marquée, la fièvre restait aussi forte, avec insomnie et état adynamique. Les sueurs toujours abondantes et les urines très albumineuses.

La thoracentèse était urgente et peut-être avait-on trop attendu. Elle fut faite en se servant du trocart n° 2, de l'appareil Potain, qui fut enfoncé dans le cinquième espace intercostal, au niveau de la ligne axillaire. On retira un litre de liquide qui, dès le début de l'aspiration, était franchement sanguinolent. Le malade fut immédiatement soulagé.

L'examen du thorax ne fut pratiqué que le lendemain de la thoracentèse ; il révéla la persistance d'une certaine quantité de liquide ; en avant il n'y avait plus que de la submatité, et l'on y entendait de nouveau le frottement pleural ; en arrière, souffle au niveau de la gouttière costo-vertébrale, égophonie au-dessous de l'épine de l'omoplate.

Les vibrations thoraciques étaient abolies, sauf dans la région sous-claviculaire où elles étaient augmentées. La gêne respiratoire était moins prononcée, la fièvre diminuée. (Temp. rect. 39°² matin et soir).

Dans les deux jours qui suivirent, l'état local resta à peu près stationnaire ; le malade était toujours très abattu, pâle et tourmenté par des quintes de toux très pénibles. Cependant le 11 juin, c'est-à-dire cinq jours après la thoracentèse, on entendit le murmure vésiculaire très affaibli, dans toute la hauteur du poumon, en arrière et en avant, dans la région axillaire et en arrière vers la partie moyenne.

A partir de ce moment, je constatai chaque jour une amélioration graduelle, en même temps que le reste du liquide épanché se résorbait peu à peu. La toux devint moins fréquente, la gêne respiratoire disparut, l'appétit revint, la température s'abaisse de jour en jour, en présentant de grandes oscillations (1° 5) du matin au soir, et, vers le 1^{er} juillet, la fièvre était complètement tombée. Dès le 25 juin, le malade put descendre au jardin, ses forces étaient revenues, et, le 3 juillet, il voulut absolument quitter l'hôpital.

Pendant tout le cours de cette maladie, D... n'avait expectoré que de rares crachats grisâtres, transparents, dans lesquels on n'a malheureusement pas recherché les bacilles de de Koch.

Depuis sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire depuis deux ans et demi, D... est venu me revoir fidèlement tous les cinq ou six mois. Il n'y eut ni récurrence de pleurésie, ni aucun accident consécutif. Depuis bien longtemps déjà, la guérison est complète. On ne trouve actuellement, à l'auscultation de la poitrine aucune trace de la pleurésie d'autrefois, et il n'existe aucun signe de tuberculose pulmonaire. D... ne tousse pas et il n'éprouve aucune gêne de la respiration. Il a toutes les apparences de la santé ; ouvrier dans un atelier d'ébénisterie, il travaille onze heures par jour.

Le point le plus important est la nature du liquide. Ce n'était certes pas du sang presque pur, comme dans certains hématomes secondaires de la plèvre ; c'était de la sérosité fortement colorée par le sang. Plusieurs gouttes de ce liquide, recueillies vers le milieu de la thoracentèse, furent examinées au microscope ; placée sous la lamelle, la sérosité conservait une coloration rosée et l'on y voyait une quantité considérable de globules rouges uniformément disséminés dans la préparation ; la numération de ces globules n'a pas été faite. Il y avait ça et là quelques globules blancs comme on en voit dans tous les exsudats inflammatoires de la plèvre.

Ce liquide était très fibrineux, et, après 24 heures de repos, il s'était formé dans toute sa masse un léger coagulum coloré en rouge par le sang, surtout dans les parties déclives.

OBSERVATION V

Pleurésie dans la convalescence du scorbut. Épanchement hémorrhagique. Trois ponctions. Guérison.

(M. Sorel. Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, 1885, T. 1).

R... (Jean-Marie), 28 ans, contracte le scorbut au Sénégal en 1874, étant artilleur de marine. Détenu militaire depuis quatre ans, il est employé en Algérie à des travaux de terrassement. Symptômes scorbutiques au commencement de janvier 1881, point de côté à droite et pleurésie au commencement de février. Il reste au camp jusqu'au 21 février. Dirigé alors sur l'ambulance de Bordj-ben-Arréridj, il est évacué sur l'hôpital de Sétif le 18 mars.

État actuel. — Stomatite en voie de guérison. Œdème des

jambes, qui présentent des taches scorbutiques. Apyrexie. Oppression très vive.

On constate, à droite, le reliquat d'un épanchement pleurétique occupant le tiers inférieur de la poitrine en arrière, remontant latéralement, et dépassant en avant le mamelon de deux travers de doigt. Le foie est un peu abaissé.

Le 19. — Ponction aspiratrice faite sur le plan axillaire dans le huitième espace intercostal. On retire 500 grammes de liquide séro-sanguinolent. Le soulagement est immédiat et des plus considérables.

La respiration reste faible, éloignée en avant, où la matité persiste ; cependant, l'appétit renaît et les forces reviennent. De temps à autre, légère élévation thermique le soir.

Le 2 avril. — Deuxième ponction faite en avant dans la zone de matité et ne fournissant que 50 à 60 grammes de liquide séro-sanguinolent.

Le 10 avril. — Troisième ponction dans la même région ; issue de 200 grammes du même liquide.

Le foie reprend sa place, la sonorité revient, et après deux accès de fièvre paludéenne, les 24 et 25 avril, la guérison est bientôt complète.

OBSERVATION VI

Alcoolisme, pleurésie, épanchement hémorrhagique.

Deux ponctions. Guérison.

(M. Sorel. Arch. de Méd. et Pharmac. militaires, 1885)

B... (Jules), 31 ans, adjudant sous-officier, dans sa 12^e année de service, dont 5 en Algérie, bien constitué, mais fréquentant assidûment la cantine et les cafés, sans toutefois s'enivrer ;

aurait ressenti, vers le 6 septembre 1881, des petits frissons avec point de côté à gauche. Il est pris de délire alcoolique dans la nuit du 8 au 9 septembre, et est conduit à l'hôpital de Sétif le 9 septembre au matin.

Tremblement alcoolique, apyrèxie, ainsi que les jours suivants ; le délire ne se reproduit pas. Epanchement pleurétique à gauche, de date probablement plus récente que le 6 septembre. Le 11, il remonte jusque dans la fosse sous-épineuse en arrière et gagne la deuxième côte en avant ; le cœur est refoulé à droite.

Ponction avec l'appareil Potain ; après issue de deux litres d'un liquide séro-sanguinolent, la toux oblige de cesser l'aspiration.

Une nouvelle ponction, faite le 20 septembre, évacue 600 grammes du même liquide.

L'épanchement ne se reforme pas ; la guérison est bientôt complète.

OBSERVATION VII

Pleurésie hémorrhagique. Pneumothorax accidentel.

(M. Sarel. Arch. de Méd. et Pharmac. militaires, 1885)

Tahar, indigène d'environ 40 ans, ancien paludéen, venant de faire les travaux de la moisson, entre à l'hôpital de Sétif le 7 juillet 1882.

A conservé une assez bonne apparence ; se dit malade depuis deux mois. Epanchement pleurétique à droite occupant presque tout le côté ; la température ne dépasse pas 38° le soir ; dyspnée peu marquée.

Ponction le jour même ; liquide séro-sanguinolent fortement teinté en rouge ; la sortie du liquide s'accompagne de douleur

dans la poitrine, comme si le poumon cherchait à rompre des adhérences ou ne pouvait se dilater ; bientôt le pouls devient fréquent, faiblit, et, devant la menace d'une syncope imminente, on arrête l'aspiration. Il a été retiré 2 kil. 250 gr. de liquide.

Le 10, seconde ponction ; 1,500 grammes de liquide sont évacués. Il est plus coloré et devient de plus en plus riche en sang. Les mêmes douleurs ont été ressenties, mais moins vives. L'épanchement se reforme peu à peu.

Troisième ponction le 22 juillet ; on retire un litre de liquide séro-sanguinolent ; un mouvement brusque du malade fait détacher le tube de caoutchouc, et, quelle que soit la promptitude mise à retirer la canule, de l'air a pénétré dans le thorax.

L'état général n'est pas modifié par le pneumothorax accidentel ; le liquide augmente pendant que l'air est résorbé peu à peu. On ne peut produire par la succussion le bruit hydro-aérique. Le malade reste apyritique.

Une quatrième ponction est faite le 29 juillet. Il sort 1,300 grammes de liquide séro-sanguinolent, sans indice de purulence. Le liquide se reforme à nouveau ; les signes fournis par la présence de l'air sont localisés sous la clavicule.

Le malade demande sa sortie le 31 juillet.

OBSERVATION VIII

*Epanchement pleurétique sanguinolent. Trois ponctions.
Guérison.*

(M. Chabrely. Soc. de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 1892, p. 294).

Il s'agit d'un malade âgé de 47 ans, marin, ayant eu la dysenterie, la fièvre intermittente et la grippe. Il y a 2 ans,

le malade alla consulter pour de la dyspnée. A la fin de février 1882, il fut pris d'un point de côté avec dyspnée et toux sèche.

Quatre jours après, la fièvre et la dyspnée augmentaient et M. Chabrely constatait la présence d'un épanchement.

Au bout d'un mois, le traitement médical n'ayant rien fait, le malade commençait à se cyanoser; la thoracentèse fut pratiquée. Un litre de liquide sero-fibrineux fut retiré, la dernière seringue renfermait du sang.

Le malade fut mieux pendant quelques jours, mais la matité persistant, une nouvelle ponction fut faite dans le même point. Elle donna issue à du liquide sanguinolent.

Une troisième ponction faite dans l'espace situé au-dessous donna encore du sang.

Depuis l'état du malade paraît s'être amélioré; le liquide est moins abondant; l'état général est bon.

OBSERVATION IX

Pleurésie hémorragique (hématome de la plèvre).

Deux ponctions. Guérison.

(Binet. *Arch. générales de Médecine*, 1884)

Jourd... Jacques, 63 ans, journalier, sans antécédents héréditaires, à joui d'une bonne santé jusqu'en mars dernier. A cette époque il commence à tousser. Il n'a pas eu de point de côté, mais seulement de la douleur entre les épaules. Expectoration spumeuse, difficile. Il continue à travailler jusqu'au mois de mai, mais la faiblesse augmente, la respiration est courte, inappétence; il s'alite le 10.

Le 26. Il entre à Saint-Antoine, chez M. Mesnet. On constate alors une congestion pulmonaire intense et un grand épanche-

ment pleural à gauche. Le malade est très amaigri, faible, d'une teinte terreuse; œdème des membres inférieurs et léger œdème de la paroi thoracique.

En présence de ces signes, l'épanchement est considéré comme probablement purulent, et le malade passe le 11 juin chez M. Dieulafoy (Andral, 2) pour y subir un traitement en conséquence, canule à demeure et lavages.

Les signes présentés alors sont les suivants : matité absolue; en arrière, absence de vibrations; en avant, matité jusqu'à deux travers de doigt environ de la clavicule; pas de skodisme. Absence de souffle et d'égophonie; abolition du murmure vésiculaire. La pointe du cœur bat sur le bord droit du sternum. L'épanchement dépasse donc deux litres; la thoracentèse est urgente, ponction avec l'aspirateur Dieulafoy, aiguille, n° 2; on retire 800 centilitres d'un liquide franchement hémorrhagique; on s'arrête à cause des quintes de toux.

Le liquide hématique de la ponction renferme environ cinq à six mille globules rouges par millimètre cube et 0,52 de fibrine (p. 800).

Les jours suivants, grande amélioration dans l'état du malade. Puis le liquide augmente un peu et l'état général s'en ressent. Nouvelle ponction le 19; on retire 500 centilitres d'un liquide moins hémorrhagique, fibrine 0,39 (p. 500); des quintes de toux obligent encore à suspendre l'écoulement. Dès lors, l'amélioration s'accroît, le liquide décroît et a complètement disparu à la fin du mois.

Pendant le mois de juillet, on perçoit seulement des frottements à la base gauche avec obscurité du son à la percussion. Les forces, l'embonpoint, l'appétit sont complètement revenus.

Exeat. Guéri le 26 juillet. Nous avons revu ce malade au mois d'octobre ; il était très bien portant et présentait encore quelques frottements à la base gauche.

OBSERVATION X

Pleurésie hémorrhagique (hématome pleural.

Trois ponctions. Guérison.

(Binet. *Arch. générales de Médecine*, 1884)

Cansoret (Auguste), 49 ans, journalier, entré le 13 août, salle Andral, n° 15. Pas d'antécédents ; bonne santé habituelle.

26 juillet. A la suite d'un refroidissement, frissons, point de côté à gauche, toux, fièvre. Le malade s'alite pendant un ou deux jours, puis reprend son travail. Il vient à l'hôpital consulter pour la persistance d'une toux sèche et quinteuse.

A son entrée, à gauche, en arrière : matité complète jusqu'à l'épine de l'omoplate avec absence de vibrations ; pas de souffle, égophonie et pectoriloquie aphone ; en avant, skodisme sous-claviculaire dans le premier espace, la pointe du cœur bat au bord droit du sternum. La cavité pleurale est remplie, la ponction est urgente (2.000 à 2.100 gr).

On retire 1000 grammes de liquide hémorrhagique fibreux.

Le lendemain, la ligne de niveau est à l'angle de l'omoplate avec frottements dans la fosse sous-épineuse ; souffle doux à l'expiration, à l'angle de l'omoplate, avec égophonie et pectorigloquie aphone. Le cœur bat sous le sternum. Il reste probablement 1.000 à 1.100 grammes de liquide dans la plèvre

Les jours suivants le liquide augmente un peu.

Le 16. — La ligne de niveau est à deux travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate.

Le 17. — Elle s'élève encore et la pointe du cœur se rapproche du bord droit du sternum.

Le 18 au soir. — La cavité pleurale est de nouveau remplie; on pratique une deuxième ponction de 1.000 grammes. Liquide hémorrhagique fibrineux, un peu moins rouge que celui de la première ponction.

Le lendemain, la ligne de niveau est à un travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate. Souffle doux; egophonie et pectoriloquie. Le liquide s'immobilise ainsi jusqu'au 30 août; constatant qu'il n'a aucune tendance à décroître, on pratique une dernière ponction de 1.000 grammes. Le liquide, faiblement hémorrhagique, est encore moins teinté que celui de la dernière ponction.

Pendant quelques jours, il reste encore un peu de liquide dans la plèvre (200 à 300 grammes).

10 septembre. On entend encore un très léger souffle expiratoire tout à fait à la base. Puis on ne constate plus que des frottements et le malade sort guéri le 27 septembre.

OBSERVATION XI

Pleurésie hémorrhagique. Précédée d'une pleurésie séreuse trois ans auparavant. Trois thoracentèses. Guérison.

(Jeanton. Archives générales de médecine, 1888).

Le nommé C... Lucien, 44 ans, emballer, entre le 18 mai 1887, à Necker, salle Saint-Jean, lit 5; c'est pour la seconde fois qu'il vient dans le service du professeur Dieulafoy. En effet, trois ans auparavant, presque à la même époque, il s'est

présenté à M. Dieulafoy, et a déjà été traité dans son service, alors à Saint-Antoine, pour l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital.

Voici, d'ailleurs, l'observation de ce malade recueillie à cette époque et publiée par le D^r Barbe, alors interne du service :

Pleurésie droite chronique; épanchement très abondant; *cœur dévié à gauche*; trois ponctions; guérison.

C..., âgé de 40 ans, emballleur, entre le 1^{er} mai, salle Andral, n° 2. Se portant bien autrefois, il fut pris d'une *bronchite* en décembre, pour laquelle il resta plus d'un mois au lit. Il reprit son travail le 15 janvier, lorsque, le 3 février, il ressentit un point de côté à droite, fut pris d'oppression, de quintes de toux et d'une fièvre modérée. Il resta alité pendant quarante jours, temps pendant lequel on lui appliqua huit vésicatoires qui amenèrent, il est vrai, peu de soulagement; l'oppression continua, elle fut intense par moments.

A l'entrée du malade, on ne constatait aucune trace de fièvre, mais en revanche une dilatation manifeste de la poitrine du côté droit; matité dans toute la poitrine. Absence du murmure respiratoire. Souffle en arrière, égophonie presque obscure. Le cœur est fortement dévié à gauche et bat ou l'aisselle gauche. Pas d'abaissement du foie. La thoracentèse est pratiquée sans tarder, le soir, dès l'entrée du malade.

On retire un litre d'un liquide citrin, mais le lendemain on ne trouve pas de caillots fibrineux, dans le liquide; celui-ci n'est formé que par de la sérosité, c'est pour ainsi dire un

liquide hydropique. D'autre part on constate que le cœur est revenu un peu à droite.

Le 2 mai. — Deuxième thoracentèse de 1 litre; pas de fibrine.

Le cœur bat un peu à gauche du mamelon.

Le 5. — Troisième ponction de un litre de liquide exempt de fibrine.

Le 10. — On entend des frottements; en arrière la respiration s'entend mêlée de frottements. Le cœur est revenu à sa place.

Le 12. — Le malade sort guéri.

Depuis ce premier séjour à l'hôpital (1-12 mai 1884), le nommé C... Lucien s'est assez bien porté; rien à signaler, si ce n'est quelques douleurs, d'ailleurs peu marquées, dans le côté droit.

Le 18 avril 1887, il est pris de frissons et d'un violent point de côté à droite, bientôt il est obligé de garder le lit (21 avril).

Aucun traitement jusqu'au 5 mai; à ce moment seulement il mande un médecin qui lui fait appliquer un vésicatoire.

Pas de changement notable les jours suivants; persistance de la douleur, gêne notable de la respiration; fièvre assez modérée le soir; mauvais état général. C'est alors seulement (18 mai) qu'il se décide à entrer à l'hôpital.

A la contre-visite, nous sommes surtout frappé par la gêne de la respiration qui, au dire du malade, est beaucoup plus accentuée la nuit (35 à 40 respirations par minute).

Notre examen nous fait constater:

Une voussure du thorax apparente, surtout en avant; la

mensuration nous donne en effet 42 cent. 5 à gauche, et 44 centimètres à droite;

L'absence complète de vibrations thoraciques dans tout le côté droit;

Une matité absolue aussi bien en avant qu'en arrière. Une absence du murmure respiratoire. On entend un souffle lointain très faible, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone, cette dernière assez mal.

Rien à signaler dans le poumon gauche, si ce n'est une respiration supplémentaire fort nette.

Le cœur bat en dehors de la ligne mamelonnaire gauche (environ un travers de doigt), mais il n'est pas abaissé. Le foie est sensiblement abaissé (deux travers de doigt), la matité hépatique dépasse en effet les fausses côtes.

Nous diagnostiquons un épanchement pleural de trois litres à trois litres et demi, et nous pratiquons sans succès une double thoracentèse; nous n'obtenons qu'un peu de liquide séro-purulent floconneux. Le soir, température 38,6.

Le 19 mai. — M. le Dieulafoy confirme notre diagnostic, et déclare urgent la thoracentèse. A trois reprises différentes une ponction est faite sans aucun résultat. T. : M. 38,2; S. 38,5.

Le 20. — Pas de changement dans l'état thoracique.

On fait une nouvelle ponction, et on retire un litre d'un liquide séro-sanguinolent.

Légère amélioration dans la journée. T. M. 38°; S. 38,6.

Le 21. — Rien à signaler. T. M. 38,7; S. 38,5.

Le 22. — On fait une seconde thoracentèse qui amène l'issue de 500 gr. environ d'un liquide bien moins sanguinolent que celui retiré l'avant-veille. T. M. 37,5; S. 38,4.

Les 23, 24 et 25 se passent sans aucun incident, la fièvre diminue.

Le 26. — On constate que l'épanchement semble rester stationnaire; pas de changement depuis la seconde ponction; toujours légère oppression s'accroissant la nuit. Plus de fièvre. L'appétit commence à revenir.

Cet état persiste les jours suivants; il en est ainsi jusqu'au 3 juin; à ce moment on perçoit pour la première fois de légers frottements dans l'aisselle.

Le cœur bat à sa place; le foie ne dépasse plus les fausses côtes. Il reste encore 700 à 800 grammes de liquide dans la plèvre.

Le 6. — Apparition du murmure respiratoire au sommet droit; accentuation des frottements. Persistance de la matité dans les 2/3 inférieurs.

Le 11. — La respiration s'entend très faiblement dans toute la moitié supérieure; toujours un peu de dyspnée.

Pas grand changement jusqu'au départ du malade pour Vincennes, le 20 juin.

Depuis le départ de C... Lucien, nous l'avons perdu complètement de vue.

CONCLUSIONS

1° L'hématome pleural simple n'est qu'une pleurésie hémorrhagique tuberculeuse primitive à forme curable.

2° Il ne se distingue de la pleurésie hémorrhagique franchement tuberculeuse, que par l'échéance plus longue ou indéfiniment ajournée de la tuberculose pulmonaire.

3° Le pronostic peut donc en être considéré comme plus bénin, mais avec toutes les réserves que comportent le genre de vie et les soins auxquels sera soumis ultérieurement le malade.

4° C'est dire que tout individu ayant présenté un hématome pleural simple non démontré tuberculeux, devra se soumettre aux règles d'une hygiène sévère et à la surveillance attentive de son appareil respiratoire.

Vu : le Président de la thèse,
M. DEBOVE.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris.—Imp. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine.

